



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CONTROVERSIAS ENTORNO AL TDA-H, DISCURSOS
ACADÉMICOS Y NO ACADEMICOS**

TRABAJO FINAL DE GRADO

MONOGRAFIA

Tutora: Andrea Bielli
Alumna: Alejandra Pintos
C.I.: 4417378-8
Montevideo, Uruguay

Mayo 2018

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
1. Antecedentes históricos.....	6
2. TDA-H Problematización.....	11
2.1 Cuestionamientos al diagnóstico.....	11
2.2 Proceso de medicalización y control social.....	14
2.3 TDA-H y las Farmacéuticas.....	16
3. Tratamiento con Metilfenidato (Ritalina).....	18
4. Los Agentes implicados.....	20
4.1 Que se dice desde la institución educativa.....	20
4.2 Que dice la Familia.....	23
4.3 Que dicen los Psiquiatra.....	24
Consideraciones Finales.....	26
Referencias Bibliográficas.....	29

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado, intenta posicionarse entorno a la problemática del TDA-H mediante una lectura critico-reflexiva de los principales ejes controversiales que la rodean.

Comenzando con un desarrollo histórico, se subrayan los principales aportes académicos y no académicos que dieron lugar a lo que hoy conocemos como TDA-H. Las denominaciones e implicaciones sociales del constructo es uno de los puntos en que las principales críticas confluyen. Se presentan así argumentos que inscriben el problema en un proceso de creciente medicalización y medicamentación de la infancia como medio de control social, en el que las lógicas de poder, tanto económicas como discursivas juegan un rol fundamental.

Se presenta luego, una breve exposición de los discursos de los agentes implicados, que reflejan las distintas posiciones que instituciones como la familia, la educación y la ciencia, sostienen actualmente.

Por último, en un apartado de consideraciones finales, me propongo una reflexión personal y crítica, teniendo en cuenta las conceptualizaciones de autores de referencia, en articulación con la valoración ética que le problema amerita.

Palabras clave: TDA-H, Medicalización, Infancia.

Introducción

El interés personal y la intención de aportar insumos para una mejor y más profunda comprensión de los discursos de quienes conviven habitualmente con la realidad del TDA-H, motivan la realización de este trabajo.

La literatura científica ha abordado las manifestaciones del TDA-H (Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad) desde distintas dimensiones, de manera creciente en los últimos años. Si bien desde los estudios e investigaciones que las diversas disciplinas implicadas, como la psicología, la psiquiatría y la pedagogía han dado a conocer, surgen puntos de convergencia, se evidencian también profundas discrepancias, tanto en la propia definición del trastorno como en las estrategias para abordarlo.

Como ejemplo, por un lado se ha venido implementando una lógica de medicalización del trastorno, y por otro lado se han surgido investigaciones, trabajos académicos y publicaciones periodísticas, que desde distintas disciplinas se han propuesto romper con las lógicas mencionadas, basadas en una concepción biologicista, al priorizar los factores culturales, históricos, sociales y económicos en la construcción de la problemática.

El presente trabajo tiene como objetivo, por tanto, en primer lugar contextualizar históricamente el concepto que hoy tenemos del TDA-H, recorriendo los principales cambios que ha atravesado. En segundo lugar se realiza una aproximación a los tres ejes en los que han confluído las controversias en torno a esta problemática: los cuestionamientos al diagnóstico como tal, los procesos de medicalización en los que se inscribe, y la incidencia que tiene la industria farmacéutica en ellos, tomando como base la postura de autores de referencia, para luego exponer la valoración que los

principales agentes implicados, es decir, la familia, maestras y profesionales de la salud mental, manifiestan frente al tratamiento con el psicofármaco más utilizado a nivel mundial en niños, el Metilfenidato, conocido comercialmente con el nombre de Ritalina, a fin de aportar luz sobre las relaciones entre las controversias mencionadas y como estas se ven reflejadas en boca de dichos agentes. Se concluye con un apartado de consideraciones finales, en la que me propongo reflexionar acerca de una realidad tan controversial que afecta no solo a millones de niños, sino también a su entorno familiar y educativo. Se intenta realizar una lectura crítica de la problemática a fin de generar elementos que aporten luz a las discusiones actuales en torno al tema.

1. Antecedentes Históricos

A través de los años la manera de conceptualizar a niños y adolescentes con características que desde la Psiquiatría hoy denominaríamos inatención e hiperactividad, ha sufrido importantes modificaciones. Por ejemplo, ya en 1844 el Psiquiatra y escritor Heinrich Hoffmann observó comportamientos en su propio hijo que describió como salvajes e incontrolados (Aguilar, 2014). Es ésta una de las primeras aproximaciones que desde una perspectiva más literaria que técnica, se han propuesto dar cuenta de comportamientos observables que diferían de la norma establecida.

No fue sino hasta 1902 que ante el Royal College of Medicine de Inglaterra y citando las observaciones de Hoffmann, Still expuso un estudio más abarcativo con un grupo de niños. Estableció, teniendo en cuenta variables como la impulsividad, hiperactividad, problemas de aprendizaje y labilidad emocional entre otros, un defecto temporal o permanente del control moral, entendido en este contexto como una falla cognitiva para distinguir acciones correctas e incorrectas. Al mismo tiempo, Tregold relaciona también los síntomas expuestos, estudiándolos en sujetos adultos, a una “imbecilidad moral”, describiéndolos como individuos que desde temprana edad, muestran defectos permanentes vinculados al “vicio”, y a “propensiones criminales”, donde el castigo no tendría efecto (Aguilar, 2014).

Algunos años más tarde tras el advenimiento de la primera guerra mundial, luego de una epidemia de encefalitis en Estados Unidos, se advirtió la similitud entre los síntomas derivados de la misma, y las características de los niños hiperkinéticos es decir, niños que presentan impulsividad, hiperactividad y dificultades cognitivas, lo que llevó a investigar las secuelas de las lesiones cerebrales, traumatismos, e infecciones del Sistema Nervioso Central, en cuadros epilépticos (Aguilar, 2014). En 1935, Childers

diferencia niños hiperactivos de niños con lesiones cerebrales ya que estas solo estaban presentes en la minoría de los casos estudiados. (Lasa, 2001).

Ya desde sus comienzos destaca que las explicaciones de las manifestaciones clínicas mencionadas estuvieron vinculadas a una perspectiva médico-psiquiátrica.

En el año 1937, Bradley marca un antes y un después con el descubrimiento de los efectos de psicoestimulantes en niños hiperactivos, demostrando que la benzendrina (anfetamina) tendría, paradójicamente, un efecto calmante, observando además que el comportamiento y rendimiento de los niños estudiados había mejorado notoriamente. (Aguilar, 2014). Si bien estas observaciones pasaron desapercibidas en su momento, a partir de los años 50, con la aparición de los neurolépticos en 1952, y en 1957 el Metilfenidato, las hipótesis organicistas cobraron mayor relevancia. (Lasa, 2001). Estos estudios contribuyeron a formular el concepto de “Lesión Cerebral Mínima” para referirse a niños con hiperactividad, trastornos cognitivos e inadaptación social (Costa, 2015).

Otro cambio cualitativo en la evolución del concepto sobrevino a comienzos de la década del 60', al modificarse la etiología mencionada de lesión cerebral, por “disfunción cerebral mínima”, concepto más acorde con la complejidad neuro-biológica (Lasa, 2001). A pesar de ello, este también resultó insatisfactorio por lo que poco tiempo después se optó por una definición basada en la conducta, llamada reacción hiperquinética de la infancia (Carboni, 2011).

Esta tendencia hacia lo comportamental queda patente en la segunda versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-II del año 1968, en la que se tiene en cuenta a la hiperactividad como eje fundamental de la condición de los dichos niños, denominándolo “trastorno hiperkinético de la infancia” (Costa, 2015).

En las dos décadas siguientes, se realizaron variadas investigaciones al respecto, resultando el trastorno más estudiado de la infancia; estudios como el de Douglas y Peters, en 1972 (López, 2003 en Costa, 2015), fueron claves para desestimar la hiperactividad como fundamento del trastorno, y propusieron como tal, al déficit en el mantenimiento de la atención. En base a estos antecedentes es que en 1980 con la publicación del DSM-III el trastorno paso a llamarse “trastorno por déficit de atención” diferenciando TDA con o sin hiperactividad, estos criterios cambiaron más tarde en el DSM-III-R en 1987, donde se pasa a formar un único cuadro llamado “trastorno por déficit de atención con hiperactividad” formando parte de los trastornos de la conducta perturbadora (Carboni, 2011).

Con la cuarta edición del DSM en 1994 se clasifica dicho trastorno según sus características, en tres subtipos: tipo combinadas, tipo inatencional, y tipo hiperactivo-impulsivo (Aguilar, 2014). En cuanto a las modificaciones realizadas en el DSM-IV–TR en 2002 no se observan grandes diferencias, de todas maneras el trastorno pasa a estar ubicado dentro de los denominados “Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia” (Aguilar, 2014).

En el año 2013, se publica la quinta edición del DSM, en la que se modifica nuevamente la ubicación general del TDAH, comenzando a incluirse en los Trastornos del Neurodesarrollo, definiéndolo como niveles de “deterioro a nivel atencional, organizacional, y/o presencia de hiperactividad-impulsividad” (Aguilar, 2014). Ésta edición del manual integra datos de estudios neurobiológicos y valoraciones neuropsicológicas, especialmente sobre las funciones ejecutivas, buscando brindar mayores insumos para el establecimiento de diagnósticos multinivel, trascendiendo las aproximaciones estadísticas al tener en cuenta los resultados de estudios en genética,

neurociencias cognitivas, farmacología, psiquiatría, psicología y neurología (García y Domínguez, 2012).

Por otro lado en un análisis sobre los criterios del manual y el TDA-H, se pone de manifiesto que los problemas de inatención, hiperactividad e impulsividad siguen siendo los síntomas fundamentales del trastorno, configurándose en la quinta edición del DSM, cuatro presentaciones del mismo: a- Hiperactivo/impulsiva, b- Falta de atención, c- Desatención restringida, d- Presentación combinada (García, Grau y Garcés, 2014).

Se presentan a continuación los criterios diagnósticos para el TDA-H según la última edición del manual DSM-V (Ladrón, A. 2013).

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).
- B-** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C.** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
- D.** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E.** Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias)

Como se puede observar al recorrer los cambios que el TDA-H ha sufrido en las distintas versiones del manual, el acento es puesto fundamentalmente en las conductas observables, sin incorporar elementos que den cuenta de los factores psicosociales que puedan estar influyendo y que de distintas perspectivas se han puesto de manifiesto como se verá en el capítulo siguiente.

2. TDA-H Problematización

Como se aprecia en el apartado en que se recorre el desarrollo histórico del TDA-H, desde las primeras descripciones conductuales en 1844 y a principios del S.XX, ya con un bagaje teórico más amplio, la perspectiva médico-psiquiátrica ha impuesto su sello desde el cual comprender el fenómeno. Sin embargo, voces provenientes tanto de otros campos de la ciencia, como la psicología y la sociología, como también desde fuera del ámbito académico, han llamado la atención sobre aspectos controversiales, problematizando sobre todo la propia noción del trastorno, como también la pertinencia y eficacia de las líneas que han hegemonizado las prácticas terapéuticas por décadas.

Dicha problemática será abordada en base a tres aspectos que han sido foco de múltiples investigaciones y que resaltan las controversias que nos ocupan, a saber: a- el sujeto que opera como blanco de la políticas de medicalización es el niño, lo que adquiere una significación específica; b- la reformulación del problema de la conducta infantil a la luz de estrategias de disciplinamiento de la conducta desviada; c- las implicaciones que sobrevienen al proponer la naturalización de la prescripción de fármacos a grandes escalas por parte de las industrias farmacéuticas. (Faraone, Barcala, Bianchi y Torricelli, 2009).

2.1 Cuestionamientos al diagnóstico

Los aristas controversiales nacen sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, en especial luego de la década del 70', en la que, como se ha referido, comienza una escalada en el uso de psicoestimulantes en los niños.

Una de las publicaciones de mayor trascendencia que sirvo de base a dichas controversias, surgió en 1975 en Nueva York desde el ámbito periodístico, al difundirse

un libro titulado *“El mito del niño hiperactivo y otras formas de control infantil”*, en el que se argumenta que los niños son etiquetados con un diagnóstico “dudoso”, a la vez que tratados con fármacos de manera innecesaria y peligrosa, a fin de utilizar “camisas de fuerza químicas”, para comportamientos normales, pero molestos (Schrag y Divoky, 1975, en Zapico y Pelayo, 2012).

Prácticamente con las mismas expresiones, el sociólogo Peter Conrad manifestaba en 1982, una creciente utilización de la medicina como agente de control social, recurriendo a intervenciones que en nombre de la salud, “pretenden limitar, modificar, regular, aislar o eliminar el comportamiento anormal socialmente definido” (Conrad, 1982 p. 130). Es relevante destacar su posición en cuanto las relaciones que los comportamientos anormales tienen con las hipótesis organicistas, ante lo cual establece que en muchos casos el componente orgánico, se asume a partir de los métodos terapéuticos; así por ejemplo, cuando se encuentran determinadas relaciones entre signos neurológicos y el comportamiento hiperactivo, las correlaciones fisiológicas se convierten en explicaciones etiológicas, pretendiendo que el comportamiento anormal sea “causado” por la dificultad orgánica (Conrad, 1982).

Es interesante recordar que en contraposición a estos planteos, surge en 1980 la tercera edición del manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-III), significando para muchos autores un hito en la historia de la psiquiatría otorgándole un menor peso a los factores socioculturales y uno mayor a factores biologicistas (Bolaños, 2014).

Apoyado por estudios que defendían la hipótesis de la etiología neurobiológica, con el pasar de los años continuó aumentando el número de niños/as diagnosticados con TDA-H, a la vez que las explicaciones alternativas y controversias con respecto al entendimiento del fenómeno también crecían. Por ejemplo, en 1994, el comité de la

APA, conforma un grupo de 12 psiquiatras y 4 psicólogos para desarrollar los criterios DSM-IV para el TDA-H, manteniéndose éstos en el DSM-IV-TR (Bolaños, 2014). Si bien expertos en la problemática han defendido las clasificaciones del manual, como Russell Barkley, otros autores, se expresan contrariamente afirmando que en materia del TDA-H, los criterios mencionados no trascenderían un mero agrupamiento de fenotipos conductuales, que podrían resultar de diversas situaciones y problemáticas (Bolaños, 2014), pareciendo actualmente que “todos los caminos conducen a plantear que la mayor parte de las dificultades de los niños se deben a un trastorno neurológico llamado ADD” (Untoiglich, 2004 p. 28). Como se observa en los planteos anteriores, uno de los ejes fundamentales en los que las controversias principales han confluído a través del tiempo, se vinculan con la noción de “trastorno”, debido entre otras razones al impacto que dicha noción genera en los niños y sus familias, por lo que la problematización del sentido que éste adquiere para la familia, compañeros de aula y docentes de un niño con TDA-H, resulta decisivo (Muniz, 2015). El concepto de problematización aquí expuesto, se comprende recurriendo a su definición Foucaultiana, entendiendo por tal al conjunto de prácticas discursivas y extra discursivas que operan para que un objeto pueda ser pensado, y por tanto juzgado como verdadero o como falso. Al decir de Foucault (1991), dicho interjuego de prácticas será lo que constituya al objeto como tal (Bianchi y Faraone, 2013).

En el caso de la definición de los trastornos infantiles, argumentan siguiendo a Pedreira Massa (2000), que “la dificultad más importante en relación a la definición de un trastorno mental en la infancia se vincula con decidir cómo y dónde se sitúa lo normal y lo patológico” (Bianchi y Faraone, 2013, p. 1025), por lo que la problemática se inscribe dentro de un continuo más abarcativo adquiriendo mayor complejidad al comprenderse mediante las lógicas prácticas y discursivas del proceso salud-

enfermedad. El diagnóstico resulta, al decir de Untoiglich (2013), inscripto en un proceso de cura, que no debe quedar como una marca indeleble en la vida del niño, ejemplificando que preguntarle a un niño si tomó la pastilla, o si sigue en terapia, es un acto violento y deja de ubicarlo en su lugar de niño, para ponerle en el de enfermo (Muníz, 2015).

Míguez y Sánchez (2015) redundan en este aspecto al manifestar que cuando se etiqueta al niño con diagnósticos prenocionados, la etiqueta pasa a ser el punto de encuentro y forma de nombrar y reconocer a ese sujeto. Un aporte similar desde una mirada psicodinámica que sintetiza lo expuesto hasta el momento, para analizar la construcción de entidades psiquiátricas infantiles, lo establece de un modo general Gisela Untoiglich (2011), al manifestar que:

“los modos de mirar a un niño están en relación a los modos de nombrarlo, al lugar en el que se lo ubique en función de esos atributos. Cuando esto ocurre en tiempos de constitución subjetiva, las consecuencias que acarrearán las nominaciones con las que se lo categorizará podrán ser subjetivantes o desubjetivantes, según la implicancia que adquieran para la constitución psíquica y los procesos identificatorios (p.201).

2.2 Procesos de medicalización y control social

Autores tan influyentes como M. Foucault, al analizar las relaciones entre el poder y el saber, analizados en su historicidad, han conceptualizado las manifestaciones y configuraciones sociales de poder y los dispositivos encaminados a la normalización y el control social de lo desviado y lo diferente.

Hasta el S. XVI, la religión ocupó un lugar central desde el cual ejercer un control y vigilancia del orden establecido, legitimando el uso de dispositivos de tortura,

muerte y confesión de la anormalidad; luego con el advenimiento de la ciencia moderna, los discursos científico-positivistas ocuparon un privilegiado rol en este sentido, y la medicina se configura de ésta manera como autoridad discursiva del saber y poder, desde el cual ocuparse de aspectos de la vida que anteriormente no respondían a su jurisdicción, adjudicándose la legitimidad para establecer los criterios que definen lo normal y lo patológico, lo bueno y lo malo (Affonso y Acevedo, 2013). Al reducir los aspectos vitales a su sustrato biológico, se prepara el escenario para la medicalización, presentando las vivencias vitales como problemas de origen y solución médico, tratándose de un proceso que transforma los dolores de la vida en enfermedades, minando las posibilidades de lidiar con el sufrimiento y las pérdidas vitales (Affonso y Acevedo, 2013).

De esta manera, el TDA-H surge como paradigma de dichos procesos, al medicalizar las conductas problemáticas de “falta de atención” e “hiperactividad”, quizá invisibilizando otros aspectos socio-culturales de la vida de los niños/niñas que pueden estar operando (Faraone, et. al, 2009).

Las controversias que suscitan las relaciones del constructo que nos ocupa, al inscribirse en procesos de medicalización, remite al paradigma biologizante desde el cual el TDA-H es leído por gran parte de los profesionales involucrados y según Armstrong (2001), se basa en los supuestos de que el TDA-H es un trastorno biológico, crónico, y que el método de mayor eficacia para tratarlo consiste en la administración de psicoestimulantes (Bolaños, 2014). Los aspectos éticos y bioéticos cobran en este caso una significación particular ya que el sujeto destinatario es el eslabón más vulnerable, es decir, el componente infantil. Se puede ver que lejos de comprender la diversidad en la infancia, se los controla en nombre de su futuro.

2.3 TDA-H y las Farmacéuticas

Además de la problematización expuesta, donde las críticas confluyen hacia la noción de trastorno dentro del eje salud-enfermedad mental acentuado por la contradicción entre el creciente número de diagnósticos y tratamientos con psicoestimulantes y la ambigüedad del diagnóstico cuando se analiza a la luz de factores históricos y socio-ambientales muchos autores han llamado la atención sobre los esfuerzos e intereses comerciales y de marketing que rodean el TDA-H.

En este punto es importante hacer referencia al concepto de medicamentación el cual supone optar por la farmacología como primera opción de tratamiento. Por lo tanto el TDA-H es un caso paradigmático de esta forma específica de medicalización con los riesgos que significa para la salud física de los niños, su habitualidad y la banalización de su uso, relacionado según Faraone (et al, 2009) con fuertes imaginarios sociales de “éxito”, “rendimiento” y “adaptación”.

Es necesario tener presente que el factor económico-financiero adquiere una significación preponderante según las lógicas que imperan en el escenario actual, ya que el hecho de que el TDA-H sea asociado a priori con un tratamiento farmacológico de manera creciente y sostenida responde a la puesta en marcha de una fuerte maquinaria de marketing y publicidad, destinadas a facilitar la comercialización de psicofármacos.

Las estrategias que se emprenden desde los esfuerzos de la industria farmacéutica, están por un lado destinadas a los profesionales médicos, por ejemplo al nombrar y proponer el producto en ponencias y conferencias tanto dentro del ámbito educativo, como en “mesas de ayuda” integrados por grupos de familias coordinados por un experto, lo cual conlleva riesgos éticos y bioéticos graves, oscureciendo la situación general (Faraone, et. al; 2009), y a los médicos de atención primaria, quienes

al decir de Frances (2014), colaboran voluntaria o involuntariamente con el marketing farmacéutico al prescribir los medicamentos. Por otro lado, Conrad (2007) y Moynihan y Cassels (2007), hacen también visibles las estrategias detrás del sostenimiento financiero de algunas asociaciones de pacientes, padres y familias, cuyos líderes y voceros apoyan la investigación y tratamiento medicamentoso (Bianchi y Faraone, 2015).

Se considera pertinente concluir el presente apartado, con una metáfora de Miguez (2011), ilustrando el estado de situación que se desprende de los factores analizados: “Risperidona, Metilfenidato, Clonazepan, Valproato, Sertralina, son repartidos en las farmacias de los centros de salud como caramelos de distintos gustos, a una niñez que abre la boca sin posibilidades de queja” (citado en Palummo, 2015, p. 79).

3. Tratamiento con Metilfenidato (Ritalina)

Los tratamientos o estrategias de abordaje frente a un niño con síntomas de inatención y/o hiperactividad quedarán delineados en función de la postura que los profesionales intervinientes en el proceso de derivación sostengan en relación a la problemática. El punto en el que dichas posturas difieren principalmente se relaciona con controversias planteadas anteriormente, principalmente si el profesional adhiere o no a la medicación como primera opción de tratamiento. (SEDRONAR, 2008)

Se expone a continuación las generalidades y datos relevantes del principal psicofármaco utilizado en el tratamiento del TDA-H, el Metilfenidato, para luego exponerse los puntos en el que los supuestos discursivos y el sentir de los agentes implicados frente a dicha estrategia de intervención se vinculan con las controversias planteadas previamente.

El Metilfenidato, conocido con su nombre comercial Ritalina®, es un psicoestimulante que incrementa la presencia extracelular de serotonina, norepinefrina y dopamina, y tiene distintas formas de presentación (liberación inmediata, liberación prolongada por el sistema osmótico, y cápsulas de liberación prolongada) (Soutullo y Álvarez, 2013), y es desde 1944, cuando se sintetizó por primera vez como derivado de la anfetamina, el psicoestimulante de mayor consumo por parte de los niños diagnosticados con TDA-H (Bolaños, 2014).

Desde los años 60, se constató un aumento en el uso indebido del medicamento, por lo que las fiscalizaciones internacionales se vieron reforzadas, figurando desde 1971 en la lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, logrando disminuir su fabricación, consumo y uso indebido (SEDRONAR, 2008). Sin embargo, y a consecuencia de la rápida acogida global del diagnóstico de TDA-H, se produjo desde

los años 90', un considerable aumento en su consumo mundial, que según cifras de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), pasó de menos de 3 toneladas en 1990, a 36 toneladas en 2006 (JIFE, 1995; 2007, citado en SEDRONAR, 2008).

Ésta tendencia al aumento en la producción y consumo del medicamento, se ha venido constatando desde 1990, no sólo en países como EE.UU, donde se consume el 80% de la producción de Metilfenidato (Bolaños, 2014), o en Canadá, donde el número de recetas aumentó un 46% en 4 años, sino también en países europeos como Alemania, Israel, España, Islandia, Suiza y Noruega (JIFE, 2006, citado en SEDRONAR, 2008).

Desafortunadamente, la realidad latinoamericana no escapa a estas lógicas, como se observa en los datos de nuestra región, que se exponen a continuación. En Brasil se verificó un aumento en el consumo desde los 90', alcanzando un volumen de 23 kg en el año 2000 (INCB, 2008), y su producción nacional llegó en 2011 a una producción de 81 kg, importando 210 kg adicionales (INCB, 2013, citado en Bianchi, et. al, 2014). En la misma línea y considerando una franja de tiempo mayor, Barros (2014) observó que entre los años 1996 y 2012, la cantidad de medicamento entre la producción nacional e importado, subió de 9 kg, a 578 kg (citado en Bianchi, et. al, 2014). En el caso de Argentina también se observa una tendencia similar al analizar los datos de la importación del medicamento en la década 2003-2013. Se constata que pasó de una importación de 23,7 kg a 85,99 kg en 2011, y a pesar de presentar una baja en 2012, nuevamente se incrementó llegando a los 100,55 kg en el año 2013 (Bianchi, et. al., 2014). En nuestro país, según datos del Ministerio de Salud Pública, se importaron 900 gr de Metilfenidato en el año 2001, produciéndose una escalada hasta 17000 gr en el 2007, es decir que se multiplicó por 19 en solo 6 años (Palummo, 2015).

4. Los Agentes implicados

Este apartado tiene como objetivo exponer los discursos de quienes considero son los principales agentes implicados, es decir, desde la institución educativa, desde la familia y por último, los “expertos” en este caso Psiquiatras, así como también considerar las líneas en las que estos confluyen o disienten, recopilados de distintos estudios que los han documentado. No es por tanto el fin del presente trabajo realizar un análisis exhaustivo de los mismos ya que esto excedería los objetivos planteados. Se intenta sin embargo arrojar luz sobre la problemática al tener en cuenta las voces en torno a la misma.

Para esto se seleccionan discursos que han sido extraídos de entrevistas realizadas a estos agentes, de diferentes países para tener una visión más amplia de estos.

Es, a fin de cuentas, generar insumos que clarifiquen las relaciones entre las problemáticas y controversias, y la forma discursiva alrededor de éstas, que adquieren los relatos de los principales actores.

4.1 Que se dice desde la institución educativa.

En cuanto al TDA-H como contexto y diagnóstico, los discursos desde el ámbito educativo confluyen en que en los últimos años se ha venido produciendo un aumento en el número de niños diagnosticados:

- *"El término déficit atencional está muy de moda, (...) es un "boom" que comenzó hace como 5 o 6 años" (Docente). Citado en Bolaños, 2014 p98.*
- *"Hace unos ocho años, seis años para acá (...), a través de los años se han incrementado los niños que tienen déficit atencional. Al principio cuando empecé a trabajar eran pocos realmente, ¿qué podíamos manejar?, en un grupo*

de 25, solo dos niños... ahora se ha incrementado"(Docente). Citado en Bolaños, 2014 p99.

Se evidencian también en relación al diagnóstico, posturas que lo valoran como herramienta para comprender mejor la situación del niño, argumentando que sin este, no habría una estrategia de afrontamiento clara:

- *"A veces uno se cuestiona si se sobrediagnostica o no. Esa es una pregunta que es difícil de contestar, y en qué medida ayuda. Porque una vez que hay un diagnóstico, ayuda a elegir estrategias, que si quizás si ese niño no tiene diagnóstico, se pierde de apoyo y esa comprensión, porque una vez que uno tiene un diagnóstico lo puedes comprender, ya cambia la actitud del adulto... A su vez, si hay diagnóstico, hay un tratamiento" (Directora). Citado en Miguez, 2015 p45.*

Por otra parte, es llamativo que algunas maestras consideren que debido a su trayectoria y experiencia en el trabajo con niños, están capacitadas para poder diferenciar niños con TDA-H de quienes no lo presentan:

- *"El niño con Déficit Atencional, el niño con hiperactividad es un niño que se nota realmente"(Docente). Citado en Bolaños, 2014 p102.*
- *"Ya con tantos años de trabajar en esto, ya uno los va identificando" (Docente) Citado en Bolaños, 2014 p102.*

Este aspecto evidencia la falta de protocolos y guías escolares que permitan unificar criterios y apoyar a los docentes a entender la realidad de los niños en su complejidad.

Al analizar el TDA-H en el contexto de las lógicas actuales, desde las instituciones educativas existen posturas alineadas a la concepción biologicistas que entiende el TDA-H como trastorno de etiología biológica y de carácter crónico, así como posturas que resaltan y subrayan aspectos socioculturales como factores que influyen de manera determinante:

- *Tu conformación bioquímica, eléctrica, a nivel cerebral, tiene ese déficit (...)
Pero que te desaparezca, no te desaparece. O sea, no te vas a componer...nacen con eso, sí. Porque hay papas que...hay señores que me dicen...si, el otro día me dijo un papá, me dice "mire, hemos hecho mucho, y el chiquito no se compone, ¿entonces qué quieren que hagamos más?, le digo es que no se va a componer nunca. o sea, el Déficit Atencional tiene una implicación neurológica que...vamos a ver, no me gusta a mi hablar de una lesión cerebral pero si tiene"(Directora). Citado en Bolaños, 2014 p107, 108.*
- *"es un problema social, o sea la escuela es parte de la sociedad, hay más vulnerabilidad, la gente enseguida se irrita, susceptible, esta del ataque, a la defensiva. todo mundo corre por su trabajo, porque no les alcanza el dinero, porque todo el mundo está que el materialismo, que el consumismo y el niño se cría en eso. aparte la violencia total, ve la tele ve violencia, en el futbol, en las películas, todo es violento, Y, ¿cómo reacciona el niño? Con la violencia. Hay hogares que les hablan, pero hay hogares que vos escuchas todavía eso de si te pegan, pegá, entonces la violencia ha venido agravándonos, estamos totalmente en una sociedad violenta"(Directora) Citado en Miguez, 2015 p40.*

Se puede ver claramente como los discursos están atravesados por el saber médico, al referirse al Déficit Atencional como una “lesión cerebral”.

En lo que respecta directamente a la administración de psicofármacos como tratamiento, si bien algunas voces manifiestan cierto recelo a la administración del fármaco como primera opción de tratamiento dejando de lado otros recursos psicopedagógicos, otros acreditan una conformidad con la medicación, valorando su éxito en términos de conducta y rendimiento académico.

- *"creo que la inmediatez en este mundo, no sé de la comunicación, de la imagen, se ve también en la medicina. Yo no digo que sean los médicos solamente, yo creo que es un tema de dame la receta para que esto se solucione con una pastilla. Hay como una creencia que con la medicación eso va a mejorar" (Subdirectora y ex-docente). Citado en Miguez, 2015 p40.*
- *"un niño medicado es más lento y está más atento a los estímulos...les ayuda a concentrarse"(Docente). Citado en Bolaños, 2014 p158.*

- *"Les ayuda a focalizar la atención por tres horas aproximadamente...con la pastilla no se cura eso, no es magia, yo se los digo, eso no es magia, con la pastilla probemos si mejora la concentración" (Docente). Citado en Bolaños, 2014 p158.*
- *"Es la solución más rápida, no sé si la mejor. Le das las gotitas y ya está..." (Directora). Citado en Míguez, 2015 p46.*

4.2 Que dice la Familia

Lo primero que se advierte al leer los testimonios de los padres son las inseguridades y miedos que desencadena el diagnóstico que muchas veces resulta confuso, por la falta de claridad en la información.

- *"...si le hicieron varias pruebas, que lo ponían a dibujar y cosa así...bueno la psicóloga, ella ahí me entregó un folleto, pero son cosas que uno no entiende, verdad, palabras que uno no entiende." (Madre). Citado en Bolaños, 2014 p81.*
- *"vieras que un médico dice una cosa, otro médico dice otra, y así, al final usted no sabe a quién creerle y a quien no, quien dice la verdad" (Abuela). Citado en Bolaños, 2014 p.86.*

Por otro lado otro de los factores que inciden, se relacionan con el impacto que dicho diagnóstico tiene y con las posibles consecuencias que puede tener el tratamiento con Ritalina, tanto en el presente como sus efectos a largo plazo, siendo de gran preocupación la propensión a generar alguna drogadicción en el futuro.

- *"Entonces, yo si estaba completamente en desacuerdo con la Ritalina, porque uno ha oído tantas cosas: que se hacen adictos, que el día de mañana se pueden hacer adictos, que la Ritalina (...) bueno, en realidad todo (lo que dicen) ha sido como negativo, más que (...) ellos andan atontados por ahí, que no son libres ellos" (Madre). Citado en bolaños, 2014 p143.*
- *"Tenía miedo de que se me iba a hacer un drogadicto cuando fuera grande, que...bueno, todos los medicamentos son una droga, verdad, bueno, eso pienso yo...que él depende de la pastilla y en parte si" (Madre). Citado en Bolaños, 2014 p 143.*

A pesar de los recelos que en un principio los padres manifiestan ante la propuesta de medicar a sus hijos, se refleja en sus discursos una de las dinámicas mencionadas al exponer las estrategias de farmacematización, que da cuenta de un “convencimiento”, por parte de expertos, al proponer la medicación como la mejor opción para afrontar la problemática.

- *"En la clínica nos dieron unas charlas de Escuela de Padres, que nos hablan de la pastilla, una de las cosas que recuerdo es que no se iba a hacer un drogadicto, que la mayoría de los niños que consumen la Ritalina, cuando sean grandes, más bien puede que no lleguen a consumir cocaína o... qué se yo, verdad, entonces eso fue una tranquilidad para mí." (Madre). Citado en Bolaños, 2014 p 143*
- *"Yo vine a hacer el curso aquí a la clínica, capacitación para padres, y ahí nos dijeron que le teníamos que poner una disciplina fuerte a ella, y no dejarnos manipular" (Abuela). Citado en Bolaños, 2014 p90.*

Finalmente otro aspecto que considero importante a destacar, refiere al seguimiento y control de los niños diagnosticados y medicados. En cuanto a esto los padres manifiestan que en muchos casos el seguimiento consiste en prescribir nuevamente la medicación una vez que esta se termina.

- *"Yo nada más voy le toco la puerta y le digo a la doctora me va a mandar la pastilla es que ya no tengo" (Madre). Citado en Bolaños, 2014 p 89.*

4.3 Que dicen los Psiquiatras

El punto en el que difieren los profesionales médicos implicados, en especial neuropediatras y psiquiatras infantiles, se relaciona con el peso dado, por un lado a factores neurobiológicos, y por otro a factores psico-ambientales, por lo que la estrategia terapéutica a seguir también se encuentra en función de la postura que en uno u otro sentido, se sostenga para comprender el fenómeno.

Por ejemplo, si tomamos como referencia a Ariel Gold (2010), psiquiatra uruguayo, se puede ver en su discurso una postura que refleja claramente los postulados biologicistas al afirmar que se trata de un síndrome que puede explicarse fundamentalmente por su base neurobiológica, mostrándose partidario de la medicación como principal línea de tratamiento. Por otro lado una postura distinta se ve reflejada en otra psiquiatra infantil que expresa lo siguiente:

- *"El niño no está solo, vive en un medio, un entorno, hay que modificar todo, es para ayudarlo" (Psiquiatra). Citado en Miguez, 2015 p43.*

En conclusión, al considerar los fragmentos citados, rápidamente se observa la convivencia de múltiples miradas, muchas veces contradictorias y excluyentes entre sí, que distintos agentes mantienen, lo que responde a la complejidad en el que el problema se inscribe. Es también interesante explicitar la insuficiente autocrítica, que salvo excepciones, expresan muchos de los agentes que han influido en la historia y actualidad del TDA-H en cuanto a su producción como problema social y ético.

Consideraciones finales

En este apartado me propongo reflexionar críticamente sobre una problemática tan sensible que tiene como principal blanco, a una población tan vulnerable, y que genera un alto impacto a nivel familiar y socio-educativo. Es éste, probablemente, el punto en el que la mayoría de las voces de los agentes que intervienen, concuerdan. A partir de aquí se producen diversos prismas desde los cuales comprender el fenómeno.

El aspecto que cobra mayor relevancia al interiorizarse en la problemática aquí tratada refiere a la necesidad de de-construir las perspectivas y discursos que subyacen a esta, y la construyen, intentando huir de nociones fijas y simplificantes, que lejos de aportar claridad, invisibilizan.

Al adentrarnos en estos discursos, surge como primer eje de problematización el concepto de trastorno con el que se ha referido a los niños que cumplen con los criterios clínicos para ello; noción que lleva implícita un posicionamiento dicotómico respecto a lo que es la salud y lo que es la enfermedad. El saber médico, como se ha venido exponiendo, reproduce estas lógicas biologicistas al no visualizarse como productor y co-constructor del devenir social y psicológico, poniendo en marcha procesos de medicalización. En el caso del TDA-H, muchos profesionales médicos se ven inmersos en una compleja red de dinámicas que involucran miedos, inseguridades, presiones, intereses comerciales y posturas científicas, que en muchos casos de manera no consiente y en nombre de la salud y el bienestar, promueven lógicas destinadas a producir sujetos dóciles, enriqueciendo a su paso a fabricantes de soluciones de no más de 5 mm de diámetro. Me parece interesante que los organismos académicos correspondientes incluyan en la formación de neuropediatras y psiquiatras infantiles

dispositivos destinados a la problematización sistemática de las nociones que se ponen en juego al evaluar diagnosticar y tratar una problemática de tan complejo abordaje.

Desde una conceptualización Foucaultiana, es relevante tener presente que la relación sujeto-saber nos remite a su vez, a la noción de poder; surge por tanto la interrogante: ¿Que actores y sectores representan el poder normalizador en este caso? Millones de niños adormecidos, seguramente no sea la respuesta. Considero que los intereses comerciales y financieros de una industria que despliega un arsenal de estrategias de difusión y marketing ilustran de mejor manera las lógicas de poder que subyacen al problema. En este punto sostengo que es de capital importancia que los organismos internacionales y Estados nacionales que velan por los derechos de niñas, niños y adolescentes, adopten medidas de regulación a la vez que favorezcan la investigación y la producción de conocimiento, que sirva de escudo ante quienes configuran el eslabón más débil.

Las instituciones encargadas de la socialización de los niños se encuentran a medio camino entre estos y quienes representan los sectores de poder. Como se advierte en muchos de los discursos de los agentes implicados desde el ámbito educativo, se adopta una postura funcional a los procesos de medicalización al catalogar ciertas conductas como “anormales” y al pretender educar y formar a los niños, basándose en un sistema educativo que es incapaz de adecuarse a una infancia que se encuentra en constante cambio. Cabe aclarar que no es intención de estas líneas responsabilizar excesivamente a quienes con afán de representar honestamente su rol de acompañamiento de sus alumnos es su proceso de aprendizaje y adecuación a un mundo que prioriza ideales de “éxito” y competencias, y por si fuera poco, asesorados por “charlas de expertos”, terminen por sostener y reproducir lógicas de medicalización

Por último, la Familia es la otra institución en el proceso socializador que se encuentra en una encrucijada, ya que deben lidiar, por un lado con los miedos e inseguridades que supone tener un niño diferente, o peor, “trastornado”, y por otro, con profesionales de la salud y de la educación que sostienen que la mejor manera de ayudar a sus hijos consiste en aceptar la etiqueta y tomar la pastilla. Si bien los padres son responsables de cada niño, y finalmente es en el entorno familiar donde se decide que tratamiento tendrá, considero que deberían contar con una red de contención y asesoramiento que esté formada por profesionales que puedan brindar información y diferentes herramientas para afrontar esta situación. Como futura profesional de la salud mental me parece importante generar estos espacios donde se pueda entender esta problemática mirada desde distintos enfoques, donde se pueda poner en primer lugar el bienestar de los niños y dejar de lado otros tipos de intereses que invisibilizan el verdadero problema.

Referencias bibliográficas

- Affonso, M., Acevedo, C., (2013). Control y medicalización de la infancia, disponible en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231892822013000100002
- Aguilar, M. (2014) Tesis Doctoral, Implicaciones Jurídicas, Psicológicas y Criminológicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), disponible en <http://hdl.handle.net/10201/39913>
- Bolaños, E. (2014). Análisis crítico del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) a partir de los discursos y las vivencias de niños/as diagnosticados/as, padres de familia y docentes de primaria, disponible en <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2379/1/37601.pdf>
- Bianchi, E., Faraone, S. (2013). El TDA/H en la infancia: Problematizando manuales, conceptos y diagnósticos. En Revista Actualidad Psicológica: Patologización de la infancia (2013), disponible en http://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/26163/CONICET_Digital_Nro.3_893b752-513f-4f17-9f28-00011d41c181_A.pdf?sequence=2
- Bianchi, E., Faraone, S. (2015). Tecnologías, actores sociales e industria farmacéutica en la medicalización del TDA/H en Argentina, disponible en http://diferencias.com.ar/congreso/ICLTS2015/ponencias/Mesa%2042/ICLTS2015_Mesa42_BianchiFaraone.pdf
- Carboni, A., (2011) El trastorno por déficit atencional con hiperactividad. Psicología, Conocimiento y Sociedad, disponible en: <https://revista.psico.edu.uy//index.php/revpsicologia/article/view/46>
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*, 129-159.
- Costa, C. (2015). Estrategias de intervención adoptadas por los profesores en niños del 1º Ciclo de la Enseñanza Básica con Perturbación por Déficit de Atención e Hiperactividad (PDAH), disponible en https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/129417/1/DDOMI_CatiaMateus_Estrategiasintervencion.pdf

- Faraone, S., Barcala, A., Bianchi, E., & Torricelli, F. (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Revista Electrónica Margen*, 54, disponible en https://www.researchgate.net/profile/Eugenia_Bianchi/publication/47628129_La_industria_farmaceutica_en_los_procesos_de_medicalizacion_medicamentacion_en_la_infancia/links/55e9ce9808ae21d099c38c61.pdf
- Frances, A. (2015). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2491.pdf>
- García, J., Domínguez, J. (2014) ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?, disponible en <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4291/Existeunsobrediagnosticoeltrastornodedeficitdeatencionehiperactividad.pdf?sequence=1>
- García, J., Grau, C., Garcés, J. (2014). Cuestionarios TDAH para profesores. Un análisis desde los criterios del DSM-IV-TR y DSM-V. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(1), disponible en <http://www.redalyc.org/html/3382/338232571005/>
- Gold, A (2010). Alumnos desatentos, inquietos ¿Qué les pasa? ¿Cómo ayudarlos?, disponible en <http://www.uruguayciencia.com/articulos/UC9/TDAHporArielGoldUCN9.pdf>
- Ladrón, A., Alvarez, M., Sanz, L., Antequera, J., Muñoz, J., Almendro, M., (2013). DSM-5 Novedades y criterios diagnósticos, disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
- Lasa, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad. *CUADERNOS DE*, 5, disponible en <http://sepyrna.com/documentos/articulos/lasa-hiperactividad-trastornos-personalidad.pdf>
- Míguez, M., Sanchez, L. (2015) Etiquetas Infantiles. En Míguez, M. (2015) *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Buenos Aires, ESEditora.

- Muniz, A., (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En Miguez, M. (2015) Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar. Buenos Aires, ESEditora.
- Palummo, J. (2015). Coerción farmacológica y derechos humanos. En Miguez, M. (2015) Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar. Buenos Aires, ESEditora.
- SEDRONAR, Observatorio Argentino de Drogas (2008), disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/LaZMedicalizacinZdeZlaZInfancia.ZNiosZEscuelaZyZPsicotpicos.ZAoZ2008.- 1.pdf>
- Soutullo, C., Álvarez, M. (2013). Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol, 56(Supl 1), S119-S29, disponible en https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33326369/BASES_PARA_TTO_copia.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1526268327&Signature=KcaCROjo%2BO1saMX5BfqHXS9VgzE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBASES_PARA_TTO_copia.pdf
- Untoiglich, G (2004). Intersecciones entre la clínica y la escuela. En Janin, B., Frizzera, O., Heuser, C., Rojas, M., Tllis, J., Untoiglich, G. (2004). Niños Desatentos e Hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Buenos Aires: Noveduc.
- Untoiglich, G. (2011). Versiones actuales del sufrimiento infantil. Una investigación psicoanalítica acerca de la desatención y la hiperactividad. Bs. As.: Noveduc.
- Zapico, Y., Pelayo, J. (2012). En: Cuadernos de psiquiatría comunitaria, 11(2), 7-35. TDAH: una visión multidisciplinar, disponible en http://www.aen.es/images/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf